

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130371

ARTÍCULO 1° REGLAS APLICABLES AL CONTRATO:

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario.

ARTÍCULO 2° DEFINICIONES:

Para los efectos de esta póliza, se entenderá por:

Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecten en su organismo al asegurado, tales como lesiones corporales determinadas por caídas, fracturas, heridas por armas de fuego, luxaciones, cortaduras, golpes, quemaduras de cualquiera especie, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramiento producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.

Asegurado: Aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador. El o los asegurados corresponderán a las personas designadas como tal en las Condiciones Particulares de la póliza y que cumplan con los requisitos que la misma exige.

Beneficiario: El beneficiario corresponde a la persona natural o jurídica que, aun sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro, y se encuentra individualizada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Carencia: Es el periodo de tiempo desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual el asegurado no tiene derecho alguno a indemnización.

Condiciones de Asegurabilidad: Aquellas características con que debe cumplir el Asegurado para ser cubierto por esta póliza.

Contratante: Es aquel que celebra el seguro con el Asegurador y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato.

Deducible: Estipulación por la que asegurador y asegurado acuerdan en que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiera pactado.

Establecimiento Hospitalario: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las 24 horas del día y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. El establecimiento debe estar legalmente autorizado para suministrar los servicios generales de la medicina que disponga y utilice regularmente laboratorio, equipo de rayos X y quirófano atendidos por personal profesional especializado.

Gastos razonables y acostumbrados: El monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando

además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de la enfermedad o accidente; característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.

Invalidez Total Permanente: Se entenderá por invalidez total permanente a aquella condición del asegurado que como consecuencia de un accidente, pierda su capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980.

Adicionalmente, se establecerá un porcentaje total de incapacidad en base al cual también se podría declarar al asegurado en estado de invalidez total permanente, en el evento de que éste sufra la pérdida funcional total y absoluta de alguno de las partes del cuerpo detalladas a continuación. Dicho porcentaje será determinado en las condiciones particulares y de acuerdo Artículo 3°, que en caso de siniestro, será calculado de acuerdo a la siguiente tabla:

100% Por la pérdida total de los dos ojos, o de las dos manos o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) y de una mano.

50% Por la pérdida de una mano o de uno de los miembros superiores (brazo).

50% Por la pérdida de un miembro inferior (pierna).

40% Por la pérdida de un pie.

50% Por sordera completa de ambos oídos.

13% Por sordera completa de un oído.

25% Por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiere tenido sordera completa

del otro.

35% Por la ceguera total de un ojo.

50% Por la ceguera total de un ojo, tratándose de un asegurado que sufría de ceguera total del otro.

20% Por la pérdida total de un pulgar.

15% Por la pérdida total del índice derecho.

15% Por la pérdida total del índice izquierdo.

5% Por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano.

3% Por la pérdida total de un dedo del pie.

La pérdida de cada falange se calculará en forma proporcional, en relación a la pérdida del dedo completo correspondiente. Además, la pérdida de las falanges de los dedos de la mano o del pie, será considerada como invalidez únicamente cuando se haya producido su separación.

Pérdida Funcional Absoluta: Ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de funciones o fisiología del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.

Pérdida Total: Separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del

organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.

ARTÍCULO 3° COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA:

La Compañía Aseguradora pagará al beneficiario el capital asegurado en la forma, tiempo y periodicidad establecidos en las Condiciones Particulares, según las coberturas contratadas y una vez acreditada la muerte del asegurado, su invalidez o los gastos médicos asociados, siempre que se cumplan todas las condiciones estipuladas en las Condiciones Particulares.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la compañía, que la invalidez, la muerte sobrevinientes o los gastos médicos asociados, sean efectos directos de un accidente y que se manifiesten a más tardar dentro de un año producido el mismo.

El beneficiario y el capital asegurado serán establecidos en las Condiciones Particulares, pudiendo establecerse además un periodo de carencia, limitaciones territoriales, condiciones de asegurabilidad y permanencia para la presente póliza.

Podrán contratarse una o más coberturas, las que deben estar expresamente detalladas en las Condiciones Particulares, quedando sujetas a los términos, condiciones y exclusiones de esta póliza.

• A. Cobertura de Muerte Accidental

En caso de muerte por accidente, la Compañía Aseguradora pagará al beneficiario indicado en las Condiciones Particulares, el capital asegurado detallado en ellas. Si no existiera beneficiario determinado, la indemnización será pagada por la compañía a los herederos legales del asegurado. Del capital asegurado, serán descontados los pagos que se hayan hecho por concepto de otras coberturas de esta póliza o de sus cláusulas adicionales.

•B. Cobertura de Incapacidad Total Permanente 2/3 por accidente

En caso de invalidez total permanente de al menos 2/3 de la capacidad de trabajo producto de un accidente, la Compañía Aseguradora pagará al beneficiario establecido en las Condiciones Particulares el capital asegurado establecido en ellas. Si no existiera beneficiario determinado, la indemnización será pagada al Asegurado. Del capital asegurado, serán descontados los pagos que se hayan hecho por concepto de otras coberturas de esta póliza o de sus cláusulas adicionales.

•C. Cobertura de Incapacidad Total Permanente 80% por accidente

En caso de invalidez total permanente de al menos el 80% de la capacidad de trabajo producto de un accidente, la Compañía Aseguradora pagará al beneficiario establecido en las Condiciones Particulares el capital asegurado establecido en ellas. Si no existiera beneficiario determinado, la indemnización será pagada al Asegurado. Del capital asegurado, serán descontados los pagos que se hayan hecho por concepto de otras coberturas de esta póliza o de sus cláusulas adicionales.

•D. Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos

La Compañía reembolsará al Asegurado los gastos médicos ambulatorios u hospitalarios, según los porcentajes, condiciones y términos señalados en las Condiciones Particulares de la póliza y hasta por el monto anual y número de eventos indicado como tope máximo en ellas. Dichos gastos deberán ser producto de atenciones en un Establecimiento Hospitalario hasta 180 días después de la fecha del siniestro y que sean consecuencia de las lesiones sufridas en dicho accidente.

Esta cobertura podrá contratarse para gastos ambulatorios, para hospitalarios o para ambos en los porcentajes, carencias, condiciones y términos señalados en las Condiciones Particulares. En éstas podrán también estipularse un deducible, un mínimo y un máximo de días de hospitalización

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados.

En caso que el asegurado tuviese beneficios de alguna institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

ARTÍCULO 4° EXCLUSIONES:

No se efectuará pago alguno cuando la muerte, incapacidad sobreviniente o gastos médicos del asegurado sea producto de alguna de las siguientes causales:

a) Suicidio o su intento. No obstante esta exclusión cesará si hubieren transcurrido 2 años completos e

ininterrumpidos de cobertura desde la contratación. b) Guerra, terrorismo o cualquier conflicto armado. Participación del asegurado en las Fuerzas Armadas. Daños por energía atómica o nuclear. c) Lesiones autoinflingidas. d) Estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. e) Negligencia o imprudencia leve en términos del artículo 44 del Código Civil. f) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por el Asegurado o un beneficiario. g) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la Escala Modificada de Mercalli. h) Viajes aéreos excepto como pasajero en un vuelo comercial.

Adicionales a las exclusiones anteriores, para la cobertura de Gastos Médicos, no se efectuará pago si éstos provienen o se originan por:

1) Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos. 2) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares. 3) Los traslados por vía aérea del asegurado o aquellos por una distancia mayor a 50 kilómetros desde el lugar del accidente hasta algún hospital o clínica, cualquiera sea el medio de traslado.

ARTÍCULO 5° OBLIGACIONES DEL ASEGURADO:

El asegurado estará obligado a:

1° Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar y apreciar la extensión de los riesgos;

2° Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo riesgo;

3° Pagar la prima en la forma y época pactadas;

4° Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;

5° No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que reúnan las características señaladas en el artículo 526 del Código de Comercio;

6° Notificar al asegurador, de conformidad al artículo 9 de estas Condiciones Generales, una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y

7° Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

Si el tomador del seguro y el asegurado son personas distintas, corresponde al tomador el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado. Las obligaciones del tomador podrán ser cumplidas por el asegurado.

ARTÍCULO 6° AGRAVACIÓN O ALTERACIÓN DEL RIESGO:

En materia de agravación de riesgos asegurados, este contrato se regirá por lo señalado en el Artículo 526 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 7° DECLARACIONES DEL ASEGURADO:

El Asegurado deberá realizar las siguientes declaraciones:

1) Las estipuladas en el artículo 524, N°1) del Código de Comercio.

2) Las estipuladas en el artículo 525 del Código de Comercio.

Cualquiera sea la declaración que haga el deudor asegurado en virtud de esta póliza deberá ser hecha de buena fe y respecto de las circunstancias por él conocidas y solicitadas por el asegurador.

ARTÍCULO 8° PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA:

La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al contratante o al asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza.

La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato.

Producida la terminación, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

Plazo de Gracia: El Asegurador podrá conceder un plazo de gracia, que será el señalado en las condiciones particulares, el cual será contado a partir del primer día de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo la cobertura permanecerá vigente. Si ocurriera un siniestro durante dicho plazo de gracia, se deducirá de la indemnización a pagar la prima vencida y no pagada. Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, la cobertura terminará anticipadamente de conformidad al procedimiento señalado en los incisos anteriores.

ARTÍCULO 9° DENUNCIA DE SINIESTROS:

Producida la muerte o la invalidez total y permanente del Asegurado, ésta deberá comunicarse a la Compañía por escrito o por cualquier otro medio fehaciente dispuesto para ello, en el plazo estipulado en las Condiciones Particulares, debiendo presentar todos los antecedentes relativos al siniestro solicitados por la Compañía.

Será obligación del Asegurado proporcionar todos los antecedentes médicos, exámenes en su poder y documentos legales. Deberá también autorizar a la Compañía para requerir de sus Médicos tratantes y/o instituciones de salud todos los antecedentes que ellos posean, como también someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la invalidez total y permanente. El costo de estos últimos será de cargo de la Compañía.

La Compañía Aseguradora determinará dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares, si se ha producido la muerte o invalidez total y permanente conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos. Se le comunicará al Asegurado su aprobación o rechazo a la solicitud presentada, por carta u otro medio fehaciente dispuesto para ello.

El Asegurado, después de conocer la determinación de la Compañía Aseguradora, y dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares de esta póliza, podrá requerir que la invalidez total y permanente, sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía Aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo, o hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones.

Para el caso de invalidez total y permanente, durante el período de evaluación, y hasta que proceda al pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la Compañía, se deberá continuar con el pago regular de la prima. Si procede el pago de la indemnización, se devolverá la prima pagada desde el mes siguiente a la fecha en que se notifique la invalidez total y permanente a la Compañía.

En el caso que el asegurado incumpla cualquiera de las obligaciones establecidas en esta póliza o las cumpla imperfectamente por su culpa o negligencia, éste perderá todo derecho a exigir indemnización con cargo a la presente póliza. Sin perjuicio de lo anterior, en el evento que el asegurado haya incumplido con alguna(s) de estas obligaciones por caso fortuito o fuerza mayor, la Compañía Aseguradora otorgará una prórroga prudencial para el cumplimiento de las mismas.

Dentro del marco de lo establecido en el Decreto Supremo N° 1055 de 2013, Reglamento sobre los Auxiliares del Comercio de Seguros, o el reglamento que lo reemplace, en relación al procedimiento en caso de liquidaciones se estará a lo que dispongan las Condiciones Particulares de la póliza, en la medida que no se opongan a lo establecido en dicho reglamento y demás disposiciones legales y normativas vigentes.

ARTÍCULO 10° VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y COBERTURA:

La vigencia de la póliza y de las coberturas contratadas serán las que se especifiquen en las Condiciones Particulares o en la respectiva Solicitud de Incorporación/Certificado de Cobertura para cada uno de los Asegurados en particular.

ARTÍCULO 11° TERMINACIÓN:

El seguro terminará al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares, por el cumplimiento de la edad máxima de permanencia indicada en la póliza o por la pérdida de la calidad de asegurado de conformidad a lo establecido en las condiciones particulares.

El Asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador.

El Asegurador, a su vez, podrá poner término al contrato de seguro en caso de concurrir una cualquiera de las siguientes causales:

1.- Si el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro.

2.- Por falta del pago de la prima en los términos indicados en el artículo 8 de las presentes Condiciones Generales.

Si se han convenido coberturas adicionales, las partes no podrán ponerles término en forma separada de la cobertura principal sino poniendo término al contrato en su totalidad, salvo que sea de común acuerdo.

ARTÍCULO 12° COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES:

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la compañía y el contratante, los asegurados o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito mediante carta, correo electrónico u otro medio fehaciente. En caso de carta, ésta debe ser dirigida al domicilio de la

compañía o al último domicilio del contratante o asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva. En caso de correo electrónico, deberán realizarse a la dirección de correo electrónico señalado en las Condiciones Particulares, en la solicitud de seguro respectiva o en la grabación telefónica si correspondiese.

ARTÍCULO 13° CLÁUSULA DE SOLUCION DE CONFLICTO

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho. En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro. En las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

Lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra i) del artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley N° 251 de 1931, en virtud de la cual el asegurado, el contratante o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la Compañía cuando el monto de los daños no sea superior a 120 Unidades de Fomento.

ARTÍCULO 14° DOMICILIO

Para todos los efectos legales, las partes de este contrato fijan domicilio en la ciudad indicada en las Condiciones Particulares.

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL220130353

ARTÍCULO 1° REGLAS APLICABLES AL CONTRATO:

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario.

ARTÍCULO 2° DEFINICIONES:

Para los efectos de esta póliza, se entenderá por:

Asegurado: Aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador. El o los asegurados corresponderán a las personas designadas como tal en las Condiciones Particulares de la póliza y que cumplan con los requisitos que la misma exige.

Beneficiario: El beneficiario corresponde a la persona natural o jurídica que, aun sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro, y se encuentra individualizada en las Condiciones Particulares de la póliza. A falta de beneficiarios designados, el monto de la indemnización se pagará a los herederos legales según se indique en el documento de la posesión efectiva del Asegurado.

Carencia: Es el periodo de tiempo desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual el asegurado no tiene derecho alguno a indemnización.

Conflicto armado: Son todos aquellos conflictos armados entre fuerzas gubernamentales y grupos no gubernamentales, o conflictos dentro de cualquiera de estos grupos, independiente de si cualquiera de las partes haya o no reconocido el estado de guerra o conflicto. Puede ser Internacional o No Internacional.

Contratante o Tomador: Es aquel que celebra el seguro con el asegurador y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato.

La individualización de la persona del Contratante se verificará en las Condiciones Particulares de la póliza

ARTÍCULO 3° COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA:

En los términos de la presente póliza, la Compañía Aseguradora pagará al beneficiario el capital asegurado en la forma, tiempo y periodicidad establecidas en las Condiciones Particulares, una vez acreditado el fallecimiento del Asegurado y siempre que se cumplan todas las condiciones estipuladas en las Condiciones Particulares.

El beneficiario y el capital asegurado serán establecidos en las Condiciones Particulares, pudiendo establecerse además condiciones de asegurabilidad, un periodo de carencia y limitaciones territoriales para

la presente póliza.

ARTÍCULO 4° EXCLUSIONES:

Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del asegurado fuere causado por:

a) Suicidio. No obstante esta exclusión cesará si hubieren transcurrido 2 años completos e ininterrumpidos de cobertura desde la contratación. b) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por el asegurado quien pudiera reclamar la cantidad asegurada. c) Guerra, terrorismo o cualquier conflicto armado. d) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualquier enfermedad, patología, incapacidad, lesión o dolencia que afecte al asegurado, y que haya sido diagnosticada o conocida por éste, con anterioridad a la fecha de contratación de la póliza. Para aplicar esta exclusión al momento de la contratación la compañía aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o condiciones que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares de la póliza se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la póliza. e) Energía atómica o nuclear.

ARTÍCULO 5° DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

El Contratante y, en su caso, el Asegurado cuando fuere una persona distinta al contratante, podrán designar a una o más personas, para recibir el pago del capital asegurado, debiendo individualizarlas en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Si se designaren a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer entre ellos en caso que falte uno, salvo mención en contrario.

A falta de beneficiarios designados, el monto de la indemnización se pagará a los herederos legales según

se indique en el documento de la posesión efectiva del Asegurado.

El Contratante o el Asegurado podrán modificar su designación de beneficiario cuando lo estime conveniente, a menos que la designación hubiere sido hecha en calidad de irrevocable. En este último caso para cambiar al beneficiario designado deberá obtener su consentimiento. A tal efecto deberá dar aviso a la Compañía Aseguradora por escrito.

La Compañía Aseguradora pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, que no le hubiese sido notificado con anterioridad a la fecha de ocurrencia del siniestro.

ARTÍCULO 6° OBLIGACIONES DEL ASEGURADO:

El asegurado estará obligado a:

1° Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la vida asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;

2° Pagar la prima en la forma y época pactadas;

3° Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro.

Si el tomador del seguro y el asegurado son personas distintas, corresponde al tomador el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado. Las obligaciones del tomador podrán ser cumplidas por el asegurado.

ARTÍCULO 7° DECLARACIONES DEL ASEGURADO:

El Asegurado deberá realizar las siguientes declaraciones:

- 1) Las estipuladas en el artículo 524, N°1) del Código de Comercio.

- 2) Las estipuladas en el artículo 525 del Código de Comercio.

Cualquiera sea la declaración que haga el deudor asegurado en virtud de esta póliza deberá ser hecha de buena fe y respecto de las circunstancias por él conocidas y solicitadas por el asegurador.

ARTÍCULO 8° PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA:

La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al contratante o al asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza.

La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato.

Producida la terminación, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

Plazo de Gracia: El Asegurador podrá conceder un plazo de gracia, que será el señalado en las condiciones particulares, el cual será contado a partir del primer día de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo la cobertura permanecerá vigente. Si ocurriera un siniestro durante dicho plazo de gracia, se deducirá de la indemnización a pagar la prima vencida y no pagada. Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, la cobertura terminará anticipadamente de conformidad al procedimiento señalado en los incisos anteriores.

ARTÍCULO 9º DENUNCIA DE SINIESTROS:

Ocurrido un siniestro cubierto por estas Condiciones Generales, se deberá dar aviso a la Compañía Aseguradora dentro del plazo establecido para ello en las Condiciones Particulares de la póliza.

Al fallecimiento del asegurado, los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, podrán exigir el pago del capital asegurado, en la forma y plazos señalados en las Condiciones Particulares de la póliza, presentando los siguientes antecedentes:

a) Certificado de Defunción del Asegurado;

b) Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.

c) Informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del

asegurado, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad del asegurador.

En caso de muerte presunta, ésta deberá probarse en conformidad a la Ley. Con todo, la Compañía Aseguradora queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime necesarios, a efectos de determinar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora.

Por último, de la liquidación del siniestro será deducida cualquier deuda que con la Compañía Aseguradora tuviere el Contratante respecto del Asegurado siniestrado.

Procedimiento en caso de siniestro: Dentro del marco de lo establecido en el Decreto Supremo N° 1055 de 2013, Reglamento sobre los Auxiliares del Comercio de Seguros, en relación al procedimiento en caso de liquidaciones se estará a lo que dispongan las Condiciones Particulares de la póliza, en la medida que no se opongan a lo establecido en dicho reglamento y demás disposiciones legales y normativas vigentes.

ARTÍCULO 10° VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y COBERTURA:

La vigencia de la póliza y de las coberturas contratadas serán las que se especifiquen en las Condiciones Particulares o en la respectiva Solicitud de Incorporación/Certificado de Cobertura para cada uno de los Asegurados en particular.

ARTÍCULO 11° TERMINACIÓN:

El seguro terminará al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares, por el cumplimiento de la edad máxima de permanencia indicada en la póliza, por la pérdida de la calidad de asegurado de conformidad a lo establecido en las condiciones particulares o tras el pago del capital asegurado.

El Asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador.

El Asegurador, a su vez, podrá poner término al contrato de seguro en caso de concurrir una cualquiera de las siguientes causales:

1.- Si el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro.

2.- Por falta del pago de la prima en los términos indicados en el artículo 8 de las presentes Condiciones Generales.

Si se han convenido coberturas adicionales, las partes no podrán ponerles término en forma separada de la cobertura principal sino poniendo término al contrato en su totalidad, salvo que sea de común acuerdo.

ARTÍCULO 12° COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES:

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la compañía y el contratante, los asegurados o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito mediante carta, correo electrónico u otro medio fehaciente. En caso de carta, ésta debe ser dirigida al domicilio de la compañía o al último domicilio del contratante o asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva. En caso de correo electrónico, deberán realizarse a la dirección de correo electrónico señalado en las Condiciones Particulares, en la solicitud de seguro respectiva o en la grabación telefónica si correspondiese.

ARTÍCULO 13° CLÁUSULA DE SOLUCION DE CONFLICTO

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho. En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro. En las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

Lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra i) del artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley N° 251 de 1931, en virtud de la cual el asegurado, el contratante o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la Compañía cuando el monto de los daños no sea superior a 120 Unidades de Fomento.

ARTÍCULO 14° DOMICILIO

Para todos los efectos legales, las partes de este contrato fijan domicilio en la ciudad indicada en las Condiciones Particulares.

PÓLIZA DE SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130605

ARTÍCULO 1° REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario.

ARTÍCULO 2° DEFINICIONES

Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte al organismo del asegurado, provocándole lesiones que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyendo asimismo el ahogamiento y la asfixia, torceduras y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.

Anomalías Congénitas: Aquellas que se manifiestan desde el nacimiento, ya sea producidas por un trastorno durante el desarrollo embrionario, durante el parto, o como consecuencia de un defecto hereditario.

Beneficiario: Corresponde a la persona natural o jurídica que, aun sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro, y se encuentra individualizada en las Condiciones Particulares.

Carencia: Es un período de tiempo durante el cual se pagan primas pero el Asegurado no recibe la cobertura prevista en la póliza.

Curas de Reposo: Descanso prescrito al asegurado, por un médico, como consecuencia de patologías psiquiátricas o psicológicas.

Deducible: Estipulación por la que asegurador y asegurado acuerdan que este último soportará a todo evento, hasta el monto de la pérdida que se hubiera pactado.

Diagnóstico Clínico: Es aquel emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio.

Enfermedad: Cualquier alteración de la salud que resulte de la acción de agentes patógenos de origen interno o externo, con relación al organismo, y que conlleve un tratamiento médico o quirúrgico.

Enfermedad Mental: Todas aquellas patologías psiquiátricas, ya sea de tipo neurosis, sicosis o deterioro sico-orgánico.

Evento: Es cada enfermedad y/o accidente amparado por la presente póliza y que requiera hospitalización. Se entenderá que constituye un sólo evento los períodos sucesivos de hospitalización, cuyas causas se encuentren directamente relacionadas entre sí y resulten de un mismo accidente o enfermedad. Si entre la última hospitalización y la siguiente ha mediado un lapso igual o superior a 6 meses, éste se considerará como un nuevo evento.

Franquicia: Estipulación por la que asegurado y asegurador acuerdan que este último soportará la totalidad del daño cuando éste exceda del monto que se hubiera pactado.

Hospital: Institución legalmente autorizada para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o accidentadas y que opera bajo la supervisión constante de un médico acreditado como tal; que presta servicios de enfermería las 24 horas del día y cuenta al menos con un profesional de enfermería en forma permanente; que cuenta con una infraestructura para el diagnóstico y la cirugía, ya sea en el mismo lugar o en otro establecimiento y cuya finalidad principal no sea la de una casa de reposo o convalecencia o algún establecimiento similar, como tampoco, se trate de un establecimiento para el tratamiento de alcohólicos o drogadictos.

Hospitalización: Internación del asegurado en un hospital por un período mínimo de 24 horas, con motivo de una enfermedad y/o accidente, bajo el cuidado y atención de un médico tratante.

Indemnización Diaria: Es el monto que el asegurador pagará al asegurado cuando se den las condiciones de cobertura prescritas en esta póliza considerando el valor diario convenido, el cual se expresa en las Condiciones Particulares.

Médico: Persona legalmente autorizada para ejercer la medicina en Chile y calificada para aplicar el tratamiento médico correspondiente, y que no es: a) la persona asegurada; b) cónyuge de la persona asegurada; c) hijo, padre o hermano del asegurado o de su cónyuge.

Para la cobertura señalada en la letra c) del artículo 3° de la presente Póliza, la persona del Médico deberá estar autorizada para ejercer la medicina en el país en el cual el asegurado se hospitalice.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): Deberá cumplir con la definición otorgada por la Organización Mundial de la Salud. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida incluye el VIH (virus inmunodeficiencia humano), encefatología (demencia), y síndrome de desgaste por virus de inmunodeficiencia, y todas las enfermedades causadas y relacionadas al virus VIH positivo.

Situación o enfermedad preexistente: Cualesquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al Asegurado y que haya sido conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha de la suscripción de la propuesta o contratación del seguro.

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o Una Unidad de Tratamientos Intensivos (UTI): Aquella dependencia dentro de un Hospital que funciona las 24 horas del día, con el propósito de mantener un control acucioso de pacientes enfermos o accidentados, y que se encuentre equipada para otorgar servicios médicos especiales que no están disponibles en las unidades de recuperación de cirugía o aquellas dependencias donde el paciente es hospitalizado dado que él o ella necesita de Servicios de Cuidados Intensivos, y no sólo algunos servicios tales como los cuidados de una enfermera privada.

ARTÍCULO 3° COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

La Compañía Aseguradora se compromete a indemnizar al Asegurado hospitalizado o al beneficiario, la cantidad diaria que se haya establecido en las Condiciones Particulares, independiente del gasto real en que haya incurrido el Asegurado. Esta indemnización será pagada para cada evento, de acuerdo a los términos, condiciones y exclusiones de esta póliza, entendiéndose por "evento" a la definición estipulada en el artículo 2 de la presente póliza.

La indemnización prevista para cada una de las coberturas, no son acumulables entre sí, es decir, no se pagarán en forma simultánea indemnizaciones por más de una cobertura.

Se podrán establecer en las Condiciones Particulares de la póliza un deducible, franquicia, periodo de carencia, un máximo de días indemnizables, número de días no indemnizables y un mínimo de días de hospitalización. En las Condiciones Particulares podrán establecerse también las condiciones de asegurabilidad para las coberturas.

Las coberturas b), c) y d) podrán contratarse de manera conjunta o separada, conforme se contrate al menos la cobertura a), lo que se estipulará en las Condiciones Particulares de la póliza. Asimismo, podrá estipularse en ellas, la contratación del beneficio diario por hospitalización ya sea por enfermedad, por accidente o por ambos. En cualquiera de los casos, la hospitalización deberá ser determinada como clínicamente necesaria por un médico.

La Indemnización Diaria estará amparada bajo las siguientes coberturas:

•A. Cobertura de Beneficio Diario por Hospitalización.

•B. Cobertura de Beneficio Diario por Hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos o Unidad de Tratamientos Intensivos.

•C. Cobertura de Beneficio Diario de Indemnización por Hospitalización en un Establecimiento fuera del País de Residencia del Asegurado.

El asegurado que abandone su país de residencia y no regrese a él en un período de 6 meses, no tendrá derecho a indemnización alguna bajo este beneficio, salvo que el asegurado acredite que no regresó al país en el período indicado por caso fortuito o fuerza mayor.

Para tener derecho a este beneficio, la hospitalización deberá ser consecuencia del ingreso imprevisto del asegurado a un hospital en un país extranjero. No dará derecho a indemnización la hospitalización del asegurado cuando éste reconozca como causa la voluntad del asegurado de recibir un determinado tratamiento médico en un hospital en el extranjero.

La hospitalización deberá ser indicada como médicamente necesaria por el médico tratante y debe impedir al asegurado su traslado por ser considerado como una medida que pudiera implicar un empeoramiento de su estado de salud.

• D. Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos

La Compañía reembolsará al Asegurado los gastos médicos ambulatorios u hospitalarios, según los porcentajes, condiciones y términos señalados en las Condiciones Particulares de la póliza y hasta por el monto anual y número de eventos indicado como tope máximo en ellas. Dichos gastos deberán ser producto de atenciones en un Establecimiento Hospitalario hasta 180 días después de la fecha del siniestro y que sean consecuencia de las lesiones sufridas en dicho accidente.

Esta cobertura podrá contratarse para gastos ambulatorios, para hospitalarios o para ambos en los porcentajes, carencias, condiciones y términos señalados en las Condiciones Particulares. En éstas podrán también estipularse un deducible, un mínimo y un máximo de días de hospitalización

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados.

En caso que el asegurado tuviese beneficios de alguna institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado. ARTÍCULO 4° EXCLUSIONES

La compañía no será responsable de pago alguno por hospitalización que sea consecuencia de:

a) Guerra o conflicto armado. Participación en FFAA. b) Drogadicción, alcoholismo, enfermedad mental y cirugías cosméticas (excepto cirugías necesarias a causa de accidente). c) Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad relacionada a los órganos de reproducción femeninos. d) Anomalías congénitas, y los trastornos que se relacione directamente con ellas. e) Intento de suicidios o lesiones autoinflingidas. f) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan. g) SIDA. h) Curas de reposo. i) Participación del Asegurado en crímenes o delitos. j) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualquier enfermedad, patología, incapacidad, lesión o dolencia que afecte al asegurado, y que haya sido diagnosticada o conocida por éste, con anterioridad a la fecha de contratación de la póliza. Al momento de la contratación, la Compañía Aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas enfermedades que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura y que sean conocidas con anterioridad a la fecha de contratación. En las Condiciones Particulares de la póliza se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la póliza.

Adicionales a las exclusiones anteriores, para la cobertura de Gastos Médicos, no se efectuará pago si éstos provienen o se originan por:

D. Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos

k) Lesión causada por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares. l) Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos. m) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares. n) Los traslados por vía aérea del asegurado o aquellos por una distancia mayor a 50 kilómetros desde el lugar del accidente hasta algún hospital o clínica, cualquiera sea el medio de traslado. ARTÍCULO 5° OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El asegurado estará obligado a:

1° Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar y apreciar la extensión de los riesgos;

2° Pagar la prima en la forma y época pactadas;

3° Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;

4° Notificar al asegurador, de conformidad al artículo 9 de estas Condiciones Generales, una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y

5° Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

Si el tomador del seguro y el asegurado son personas distintas, corresponde al tomador el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado. Las obligaciones del tomador podrán ser cumplidas por el asegurado.

ARTÍCULO 6° DECLARACIONES DEL ASEGURADO

El Asegurado deberá realizar las siguientes declaraciones:

1) Las estipuladas en el artículo 524, N°1) del Código de Comercio.

2) Las estipuladas en el artículo 525 del Código de Comercio.

Cualquiera sea la declaración que haga el deudor asegurado en virtud de esta póliza deberá ser hecha de buena fe y respecto de las circunstancias por él conocidas y solicitadas por el asegurador.

ARTÍCULO 7° PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al contratante o al asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza.

La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato.

Producida la terminación, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

Plazo de Gracia: El Asegurador podrá conceder un plazo de gracia, que será el señalado en las condiciones particulares, el cual será contado a partir del primer día de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo la cobertura permanecerá vigente. Si ocurriera un siniestro durante dicho plazo de gracia, se deducirá de la indemnización a pagar la prima vencida y no pagada. Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, la cobertura terminará anticipadamente de conformidad al procedimiento señalado en los incisos anteriores.

ARTÍCULO 8° DENUNCIA DE SINIESTROS

El denuncia de un siniestro cubierto por esta póliza deberá informarse a la Compañía Aseguradora dentro del plazo establecido para estos efectos en las Condiciones Particulares contado desde que el asegurado o beneficiario tomó conocimiento de la ocurrencia del siniestro, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

Los beneficios indemnizables bajo esta póliza, serán efectuados una vez que se presenten a la Compañía Aseguradora todos aquellos documentos que se señalen en las Condiciones Particulares de la póliza. Sin perjuicio de los documentos que se individualicen en las Condiciones Particulares señaladas, la Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar cualquier otro antecedente que estime necesario para realizar la liquidación del siniestro.

En el caso que el asegurado incumpla cualquiera de las obligaciones establecidas en esta póliza o las cumpla imperfectamente por su culpa o negligencia, éste perderá todo derecho a exigir indemnización con cargo a la presente póliza. Sin perjuicio de lo anterior, en el evento que el asegurado haya incumplido con alguna(s) de estas obligaciones por caso fortuito o fuerza mayor, la Compañía Aseguradora otorgará una prórroga prudencial para el cumplimiento de las mismas.

Dentro del marco de lo establecido en el Decreto Supremo N° 1055 de 2013, Reglamento sobre los Auxiliares del Comercio de Seguros, o el reglamento que lo reemplace, la denuncia de siniestros y, en general, todo el procedimiento de liquidación de siniestros se regirá por lo que dispongan las Condiciones Particulares de la póliza, en la medida que no se opongan a lo establecido en el reglamento antes citado y demás disposiciones legales y normativas vigentes.

ARTÍCULO 9° VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y COBERTURA

La vigencia de la póliza y de las coberturas contratadas serán las que se especifiquen en las Condiciones Particulares o en la respectiva Solicitud de Incorporación/Certificado de Cobertura para cada uno de los Asegurados en particular.

ARTÍCULO 10° TERMINACIÓN

El seguro terminará al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares, por el cumplimiento de la edad máxima de permanencia indicada en la póliza o por la pérdida de la calidad de asegurado de conformidad a lo establecido en las condiciones particulares.

El Asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador.

El Asegurador, a su vez, podrá poner término al contrato de seguro en caso de concurrir una cualquiera de las siguientes causales:

1.- Si el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro.

2.- Por falta del pago de la prima en los términos indicados en el artículo 7 de las presentes Condiciones Generales.

Si se han convenido coberturas adicionales, las partes no podrán ponerles término en forma separada de la cobertura principal sino poniendo término al contrato en su totalidad, salvo que sea de común acuerdo.

ARTÍCULO 11° COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la compañía y el contratante, los asegurados o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito mediante carta, correo electrónico u otro medio fehaciente. En caso de carta, ésta debe ser dirigida al domicilio de la compañía o al último domicilio del contratante o asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva. En caso de correo electrónico, deberán realizarse a la dirección de correo electrónico señalado en las Condiciones Particulares, en la solicitud de seguro respectiva o en la grabación telefónica si correspondiese.

ARTÍCULO 12° CLÁUSULA DE SOLUCION DE CONFLICTO

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho. En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro. En las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

Lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra i) del artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley N° 251 de 1931, en virtud de la cual el asegurado, el contratante o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la Compañía cuando el monto de los daños no sea superior a 120 Unidades de Fomento.

ARTÍCULO 13° CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesorio con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, y se regirán en todo lo no previsto en el texto de éstas por lo dispuesto en

estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 14° DOMICILIO

Para todos los efectos legales, las partes de este contrato fijan domicilio en la ciudad indicada en las Condiciones Particulares.